

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO:
VARIABILI ASSOCIATE AGLI
“ACCESSI NON APPROPRIATI”.
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatrice Dott.ssa Sturniolo Silvia

Laureando Bonato Damiano

(Matricola 1197010)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background: Il sovraffollamento nei reparti di Pronto Soccorso (PS) è un problema diffuso a livello mondiale. Questo comporta lunghe attese (anche superiori alle 4 ore) nelle sale di attesa, abbassamento della qualità del lavoro del personale sanitario, difficoltà dell'accesso ai reparti di degenza per coloro i quali ne necessitano.

Obiettivo: Indagare le cause e le variabili correlate al sovraffollamento nei PS.

Materiali e metodi: È stata condotta una revisione di letteratura mediante l'utilizzo della banca dati Pubmed. Sono state, inoltre, condotte interviste mirate a professionisti dei 6 PS dell'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana.

Risultati: La causa maggiore di sovraffollamento è data dalla presenza dei codici minori (ingressi nel dipartimento di emergenza in assenza di reali necessità di carattere urgente). Questi, a loro volta, sono determinati da una percepita inadeguatezza di risposta del territorio, che non è in grado di soddisfare le richieste di salute dei cittadini, costretti a rivolgersi al PS per trovare risposte. Gli accessi "non appropriati" sono correlati a genere, età, etnia e giorni della settimana (i weekend).

Le opinioni dei professionisti sono in linea con la letteratura, anche se il termine accesso "non appropriato" non è condiviso da tutti e condizionato dal territorio di appartenenza. .

Conclusioni: Il potenziamento del personale nei reparti di PS, l'uso di ambulatori esclusivamente dedicati ai codici minori, l'utilizzo dei protocolli *See&Treat* e *Fast Track*, nonché la revisione dei modelli organizzativi di presa in carico nel territorio, sono strategie di possibile di miglioramento del sovraffollamento.

Key Words: *Overcrowling, emergency department, Impropre Access, Hospital, emergency Nurse, non Urgent Access.* Sovraffollamento, Pronto Soccorso, Accesso Improprio, Ospedale, Infermiere, Accessi non Urgenti

INDICE

ABSTRACT

INDICE pag.1

INTRODUZIONE pag. 3

CAPITOLO I – L’ASSISTENZA IN URGENZA-EMERGENZA: SCENARI DI RIFERIMENTO

- 1.1 Il Pronto Soccorso e le sue funzioni pag. 4
- 1.2 Triage pag. 4
- 1.3 Sovraffollamento e codici minori pag. 7
- 1.4 Accessi impropri o non appropriati pag. 8

CAPITOLO II - MATERIALI E METODI

- 2.1 Obiettivo pag. 9
- 2.2 Quesito di ricerca pag. 9
- 2.3 Ricerca bibliografica pag. 9
- 2.4 Ricerca sul campo pag. 12

CAPITOLO III – RISULTATI

- 3.1 La ricerca Bibliografica pag. 13
- 3.2 La ricerca sul campo pag. 17
 - 3.2.1 Cosa ne pensa degli accessi impropri pag. 18
 - 3.2.2 E’ corretto parlare di accessi impropri o andrebbero utilizzate altre modalità di denominazione? pag.18
 - 3.2.3 Quali sono a suo parere le motivazioni che spingono un utente a riferirsi al PS anche dove non c’è un reale bisogno? pag.19
 - 3.2.4 Qual è il volume di questo fenomeno secondo la sua percezione? pag. 20

CAPITOLO IV – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1	Discussione	pag. 21
4.2	Conclusione	pag. 22

BIBLIOGRAFIA	pag. 24
---------------------	---------

INTRODUZIONE

Il problema degli accessi non urgenti ai servizi di emergenza-urgenza è ampiamente diffuso, sia nel contesto internazionale sia in quello italiano. La proporzione dei pazienti che si reca al Pronto Soccorso per problemi non urgenti è attestata tra le varie strutture tra il 9% ed il 54,1% negli USA, tra il 25,5 % ed il 60% in Canada, tra il 19,6% ed il 40,9% in Europa. Tale variabilità è presente anche in Italia, come documentato da un'analisi descrittiva delle strutture e dell'organizzazione dell'emergenza condotta nel 2010 dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU) che, a titolo esemplificativo, mostra una eterogeneità nella frequenza di codici bianchi relativi a un campione di 206 presidi ospedalieri con diversa configurazione organizzativa, che varia fino ad un massimo dell'80%, con valore medio nazionale di 24,18% (sud e isole 30,94%, centro 17,98%, nord 23,85%).

Il tema è complesso e non è affrontabile senza una visione sistemica delle trasformazioni in atto, sia dal punto di vista della programmazione sanitaria sia della gestione delle patologie più frequenti, che da prevalentemente acute divengono croniche.

La contrazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, derivante dai provvedimenti legislativi degli ultimi anni e, più recentemente, dalle disposizioni del decreto legge n. 95 del 2012 convertito nella legge n. 135 del 2012 sulla *spending review*, determinano la necessità di una rigorosa riorganizzazione dei servizi, sia ospedalieri sia territoriali.

CAPITOLO 1

L'ASSISTENZA IN URGENZA-EMERGENZA: SCENARI DI RIFERIMENTO

1.1 Il pronto soccorso e le sue funzioni

Ogni giorno, nel nostro territorio, i reparti di Urgenza ed Emergenza accolgono e assistono decine di persone con le più svariate patologie e problematiche. Il Pronto Soccorso (PS) è, secondo l'art 7 del DPR 27/1992 ⁶, la struttura deputata, "oltre all'intervento diagnostico terapeutico d'urgenza, anche al primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio ed agli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire un trasposto protetto". Ancora, la Raccomandazione n.15 del Febbraio 2013 del Ministero della Salute ⁴ indica che "i servizi di emergenza/urgenza (... , Punti di primo intervento, Pronto soccorso ospedalieri) hanno l'obiettivo di garantire prestazioni immediate agli utenti che presentano alterazioni delle funzioni vitali tali da compromettere potenzialmente e gravemente lo stato di salute."

Il Pronto Soccorso è, quindi, la prima "linea filtro" dove l'utente, una volta preso in carico e valutato attraverso il Triage (a seguire), viene trattato in base alla problematica presente, e/o inviato allo specialista per la risoluzione più rapida possibile del problema di salute presentato all'arrivo.

1.2 Triage

Il Triage è "un processo dinamico, volto a garantire che i pazienti ricevano il livello e la qualità di cura più appropriate alle loro necessità, in relazione alla migliore utilizzazione possibile delle risorse disponibili (o destinabili)."⁴

In questa fase, infatti, l'infermiere ha un ruolo chiave in quanto è responsabile⁸ della presa in carico del paziente e dell'accertamento, con rilevazione di dati oggettivi (come le alterazioni delle funzioni vitali, colore della cute, rumori derivanti dalla auscultazione) e soggettivi riferiti dalla persona (come il dolore, le emozioni, l'ansia e la paura che possono caratterizzare la fase di emergenza sanitaria). E' sempre l'infermiere che indirizza l'utente, anche in maniera autonoma come nei *fast track*, al percorso clinico assistenziale che possa rispondere alle necessità sanitarie.

Le Linee guida del Ministero della Salute 4-5 dettagliano il processo del triage, declinando il concetto di codice-colore (Tabella I) e definendo i criteri temporali di presa in carico.

Codice Colore	Denominazione	Definizione	Tempo di Attesa Massimo
Rosso	Emergenza	Compromissione o interruzione di una delle funzioni Vitali	Accesso Immediato
Arancione	Urgenza	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione di rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15'
Azzurro	Urgenza Differibile	Condizione stabile, senza rischio evolutivo, con sofferenza e ricaduta sullo stato generale, che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60'
Verde	Urgenza Minore	Condizione Stabile, senza rischio evolutivo, che solitamente richiede prestazioni diagnostico-terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120'
Bianco	Non urgenza	Problema non urgente o di minor rilevanza clinica	Accesso entro 240'

Tabella I: Linee di indirizzo nazionali sull'utilizzo del triage intraospedaliero (fonte: Ministero della Salute, 2019)

Essi sono, inoltre, determinanti nella formazione del personale sanitario (al fine di evitare di fornire il giusto codice colore diverso da quello realmente di bisogno) e nella garanzia di esito finalizzato al benessere della persona assistita.

La Regione del Veneto, con apposito DGR n. 1035 del 12 luglio 2019, integra le Linee guida ministeriali, inserendo anche la presa in cura infermieristica (PIC) e i percorsi Brevi e *Fast track* infermieristici (Tabella II).

Codice Colore	Definizione	Tempo di Attesa Massimo
Rosso	Interruzione o compromissione delle funzioni vitali in atto	Immediata
Arancione	Condizioni stabili ma con alto rischio evolutivo	PIC entro 10 minuti visita medica entro 15 minuti dalla PIC
Giallo	Condizioni stabili con basso rischio evolutivo o con possibile danno d'organo	PIC entro 10 minuti visita medica entro 45 minuti dalla PIC
Verde	Condizioni stabili senza rischio evolutivo ma con alto grado di sofferenza	PIC e gestione del dolore entro 30 minuti visita medica entro 60 minuti dalla PIC
Bianco	Problema non urgente o di minore rilevanza clinica	PIC entro 30 minuti visita medica entro 60 minuti dalla PIC

Tabella II: Classificazione Triage secondo DGR veneto nr. 1035 del 12 luglio 2019

La tabella, riporta i codici colore e i tempi di attesa con l'inserimento del codice arancione, così come declinati dalla normativa Regionale (DGRV 1035/2019). Attualmente, però, il processo di acquisizione ed applicazione di tali codici colore è stato interrotto a causa della pandemia Covid-19, a partire da febbraio 2020.

Attualmente è ancora in vigore il sistema Triage, come da normativa precedente (DGRV n. 1513 del 12 Agosto 2014), dettagliato a seguire.

Codice Colore	Definizione	Tempo di Attesa Massimo
Rosso	Patologia Acuta con alterazioni delle funzioni vitali	Immediata
Giallo	Patologia acuta con rischio di una alterazione delle funzioni vitali a breve. Attesa in area adeguatamente sorvegliata	20'
Verde	Problema sanitario minore, con stato di sofferenza	60'
Bianco	Problema sanitario minore, senza stato di sofferenza	Max 240'

Tabella III: Classificazione Triage secondo DGRV n. 1513 del 12 agosto 2014

1.3 Sovraffollamento e codici Minori

L'*American College Of Emergency Physician* (2006) definisce il Sovraffollamento in Pronto Soccorso “uno squilibrio tra richiesta assistenziale da parte dell’utenza e la reale disponibilità di risorse presenti”¹. Altra definizione utile è quella dell’*Australian College of Medicine* (2011) che intende il Sovraffollamento come “situazione nella quale le funzioni del Dipartimento di Emergenza sono ostacolate da troppi pazienti in attesa di essere visitati, in attesa di trattamento o di dimissioni, che sono superiori all’effettiva forza del dipartimento stesso”².

Questo fenomeno è in costante ascesa, anche a causa del sempre maggior numero di “Codici minori” (utenti che non presentano urgenze e che richiedono tecniche diagnostico-terapeutiche”⁵) o “Pazienti non critici”³ (bianchi e verdi) che accedono alle strutture di urgenza. Questi ultimi sono utenti che, frequentemente, non hanno una reale urgenza o emergenza, ma non trovando (o non cercando) immediate risposte nel territorio si recano in pronto soccorso, sovraffollandolo. Questo crea una serie di disagi sia al resto dell’utenza, sia al personale, in quanto non solo allunga i tempi della presa in cura dei vari utenti presenti, ma espone i professionisti sanitari a errori o dimenticanze che potrebbero mettere a rischio la salute e la sicurezza del paziente, senza contare il danno economico e sociale che errori del genere potrebbero portare⁴ (SIMEU, 2018).

Per contestualizzare il fenomeno nel contesto locale, si pensi che nel 2019 su un totale di 296.804 accessi nei 6 pronti soccorsi dell’Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, i codici minori sono stati 236.099 (circa l’80%). Mentre nel 2020, in piena Pandemia da Sars-

Cov2, si sono registrati 167.423 codici minori a fronte di 215.623 accessi totali (circa il 75% degli accessi).

1.4 Accessi “Impropri” o “non Appropriati”

All'interno dei “codici Minori”, è possibile identificare una casistica percepita, da parte degli operatori sanitari, come “impropria” o “non appropriata”.

La letteratura purtroppo, non identifica bene il fenomeno, non fornendo una definizione univoca. Talvolta tali accessi sono nominati “impropri”, altre volte “non appropriati”, altre volte ancora “codici minori” o “accessi non urgenti”. Non è chiaro se questi termini possano essere usati come sinonimi o sottendano a situazioni cliniche assistenziali differenziate e semanticamente specifiche. Ciò che è certo, invece, è che tali accessi conducano alla problematica del sovraffollamento, realtà in continua crescita.

CAPITOLO II

MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo

Questa revisione della letteratura ha lo scopo principale di dare “un volto” al discusso problema del sovraccollamento nei PS, definendo le variabili correlate all’ingresso nel dipartimento di emergenza in assenza di reali necessità di carattere urgente.

2.2 Quesito di ricerca

Sulla base di quanto sopra, i quesiti che hanno guidato la stesura dell’elaborato è: *Qual è la portata del fenomeno del sovraccollamento in pronto soccorso e quali sono le motivazioni? Che percezione ha il personale di questo problema?*

2.3 Ricerca bibliografia

Per la conduzione della ricerca bibliografia, ci si è riferiti al metodo PICO.

P	Sovraccollamento in Ps
I	Accessi impropri
C	Accesso improprio vs codici minori vs codici bianchi
O	Rischi per il personale ed il contesto

Tabella IV: Ricerca bibliografica e PICO

Per tale ricerca sono state consultate le banche dati PUBMED e CINHAI utilizzando *Mesh terms* o parole libere, anche combinati con gli operatori booleani AND ed OR, relative agli ultimi 10 anni.

I termini di ricerca sono stati:

(Boarding OR Crowding OR Crowding[MH] OR overcrowding) AND ("Emergency Medical Services"[Mesh] OR triage[mh]) AND ("nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Subheading] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR nurse[mh] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing staff"[MeSH Terms] OR "Nurse-

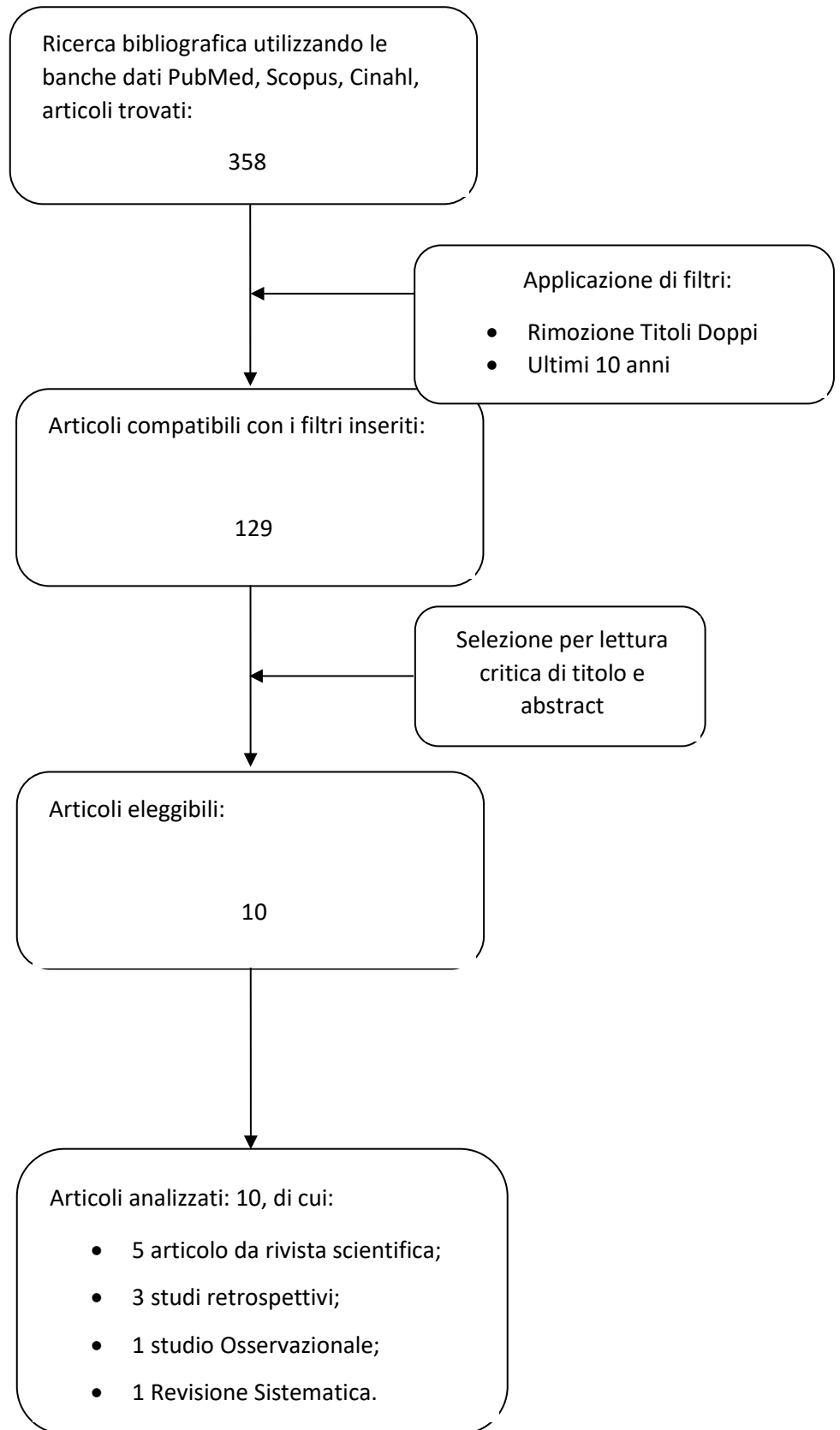
Patient Relations"[Mesh] OR "Family Nursing"[Mesh] OR "Nursing Assessment"[Mesh] OR Midwifery[mh] OR "Rehabilitation Nursing"[Mesh] OR Nursing Staff, Hospital[mh]) OR ("impropre accesso"[Mesh] ("improper access"[All Fields] OR "inappropriate access"[All Fields]) AND ("Emergencies"[MeSH Terms] OR "Emergency Nursing"[MeSH Terms] OR "emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR "Emergency Medicine"[MeSH Terms] OR "Emergency Medical Services"[MeSH Terms] OR "Ambulances"[MeSH Terms] OR "Evidence-Based Emergency Medicine"[MeSH Terms] OR "Emergency Medical Technicians"[MeSH Terms] OR "Emergency Treatment"[MeSH Terms] OR "critical illness"[MeSH Terms] OR "Pediatric Emergency Medicine"[MeSH Terms])).

Complessivamente sono stati reperiti 358 articoli, sottoposti a scrematura secondo la metodologia PRISMA in 4 fasi.

1. Identificazione degli studi tramite ricerca nelle banche dati con esclusione di articoli doppi;
2. Screening dei titoli e degli abstract degli articoli inclusi;
3. Valutazione dei full text per l'eleggibilità;
4. Lettura full text dell'articolo incluso.

Degli 300 articoli analizzati ne sono stati presi in considerazione complessivamente 10.
[Allegato 1-Tabella Sinottica] [Immagine 1.- Flow Chart ricerca bibliografica]

Immagine 1. Flow-chart ricerca bibliografica



2.4 Ricerca sul campo

Al fine di indagare l'opinione dei professionisti nei dipartimenti di emergenza, sono stati reclutati i Direttori ed i Coordinatori infermieristici dei Pronto Soccorso dell'Azienda 2 Marca Trevigiana per un'intervista semi-strutturata.

I contesti considerati sono stati:

- Pronto Soccorso di Castelfranco
- Pronto Soccorso di Conegliano
- Pronto Soccorso di Montebelluna
- Pronto Soccorso di Oderzo
- Pronto Soccorso di Treviso
- Pronto Soccorso di Vittorio Veneto

Ai professionisti è stata proposta un'intervista semi-strutturata di 4 domande (Allegato 2). Le interviste sono state registrate, previo consenso, trascritte ed analizzate secondo un'aggregazione tematica.

CAPITOLO III

RISULTATI

3.1 La ricerca bibliografica

Dalla letteratura analizzata spicca, *in primis*, tra le cause maggiori di sovraffollamento nei PS, l'elevata quota di codici minori accedenti. Questi accessi sono derivati da una generalizzata mancanza di fiducia nelle strutture e nelle risorse territoriali, come il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il medico di continuità assistenziale⁸⁻⁹⁻¹⁰. La mancanza di fiducia deriva anche dalla, sempre maggiore, tempistica per accedere alle visite medico specialistiche, e dal costo delle visite private. Secondo quanto riportano Bagaglia & Polcri⁸, le cause di accessi "impropri" possono essere classificate in 5 tipologie: la prima è riferita alle situazioni di peggioramento dei sintomi percepiti dal paziente. Nonostante, alcune volte, questi ultimi siano presenti anche da diversi giorni, la sensazione di un peggioramento determina un'emergenza personale che non può essere sottovalutata⁹⁻¹⁰⁻¹²⁻¹⁶. A questo proposito, alcuni autori suggeriscono come la percezione del concetto di "urgenza" ed "emergenza" sia molto soggettivo⁸⁻¹⁶. Si parla di "emergenza" quando il quadro clinico del paziente necessita di interventi immediati di tipo terapeutico-farmacologico, al fine di sostenere o ripristinare i parametri vitali. Il concetto di "urgenza" è invece riferito alle situazioni nelle quali gli interventi devono essere messi in atto entro ore o giorni¹⁸. Queste definizioni non sono allineate con la soggettività dei sintomi¹⁶ che portano l'utenza in PS. Come spiega Laskowski-Jones¹⁶ ogni persona ha una propria priorità sui problemi di salute, e questa interpretazione personale, rischia di collidere con l'oggettività dei segni e sintomi, oggettività data dalle scale di valutazione, dall'anamnesi di triage e dalla valutazione oggettiva dell'infermiere.

Questa diversa interpretazione è alla base della differenza concettuale tra *disease* ed *illness*. Con il termine *illness* si fa riferimento, infatti, al disagio percepito, il quale alimenta l'ansia e la paura dell'assistito, che porta alla percezione di un'emergenza contenutisticamente priva delle variabili cliniche, seppur rilevante sul piano della tensione psicologica. È questo fenomeno che in alcuni casi aumenta la rabbia in relazione a tempi di attesa non ritenuti consoni nella risposta del servizio.

La seconda tipologia di accessi impropri è correlata alle lunghe attese per visite specialistiche o esami strumentali. Gli assistiti, per evitare di attendere la ricezione di queste prestazioni, che dovrebbero di fatto trovare risposta sul territorio, si recano in PS al fine di velocizzare le tempistiche⁹⁻¹⁰⁻¹²⁻¹³ e ricevere risposte più rapidamente. Questo però va a discapito di un maggior costo per le strutture sanitarie⁸⁻¹² e di uno stress maggiore del personale sanitario, che può commettere errori procedurali e di somministrazione¹³.

Terza motivazione è la percezione che gli utenti hanno del PS: è descritto, infatti, che tale servizio sia ritenuto eccellente a livello di risorse umane e tecnologiche⁹. Questo determina una maggior sicurezza di “mettersi nelle mani” di professionisti qualificati, con minor timore di contrarre malattie correlate alle manovre diagnostico-assistenziali in locali concepiti come più igienici e sanificati degli ambulatori medici⁸.

La quarta motivazione apre ad una tematica importante e cardine per questa revisione: la fiducia che gli utenti ripongono sulla medicina territoriale, sia essa rappresentata dal MMG piuttosto che dalla Medicina di Continuità Assistenziale o specialistica ambulatoriale.

La mancata fiducia in queste istituzioni⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹² allontana l'utente dai servizi del territorio, sfociando in situazioni paradossali, dove l'utente stesso non conosce neppure il proprio MMG, gli orari di ricevimento o l'ubicazione dell'ambulatorio. Uno studio italiano condotto multicentrico da un team multidisciplinare⁹, a questo proposito, ha misurato che il 41.4% degli intervistati non conosca indirizzo e numero di telefono del MMG, mentre il 11.4% non ne conosce gli orari di ricevimento. Inoltre, i cittadini dichiarano difficoltà col il MMG in quanto, in molti casi, lo stesso avrebbe inviato gli utenti al PS, invio percepito come deresponsabilizzazione⁸. Secondo un altro studio¹⁰ i professionisti territoriali vengono consultati poco in quanto, a detta dell'utente, sono poco professionali e autorevoli nel loro agire, hanno poco tempo da dedicare e mancano di capacità relazionali, di ascolto e di rassicurazione. Ne consegue una scarsa interazione con chi dovrebbe “fare da filtro” e il rivolgersi al servizio di emergenza ospedaliero, dove si può trovare, oltre ad team preparato, anche ascolto e rassicurazione⁸.

Secondo uno studio condotto da un team multiprofessionale della SIMEU (Società italiana di Emergenza ed Urgenza)⁹ il 40.3% dei pazienti che si sono recati dal MMG non ha trovato risposta al problema di salute, in quanto l'ambulatorio risultava chiuso o

il numero di telefono era irraggiungibile; o, dopo aver lasciato un messaggio, non c'è stato ricontatto (26.0%). Nello stesso studio si mette in risalto come l'introduzione della prenotazione della visita dal MMG abbia ulteriormente minato la fiducia tra le parti, in quanto i tempi di attesa per essere anche ricevuti si dilazionavano ulteriormente.

Tornando all'articolo di Bagaglia & Polcri⁸, la quinta motivazione per la quale il cittadino si rivolge alle strutture di emergenza, è la così detta "ultima spiaggia", un ultimo baluardo al quale il cittadino, dopo aver fatto le trafale previste, si rivolge per cercare una risposta al problema di salute; risposta che ha cercato nel territorio, ma che non ha trovato e, quindi, sconsigliato, si rivolge al PS.

La letteratura, però, suggerisce che le cause di sovraffollamento non sono solo quelle poc'anzi citate. Per esempio, alcuni studi⁸⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁶ portano a discussione il fatto che alcuni fattori antropologici come età, razza e sesso abbiano un impatto sul numero di persone che accede al PS, così come fattori derivati dalla posizione geopolitica e dalla presenza o meno di migrazioni o popoli di cultura differente dalla nativa.

Secondo Williams e Haffizzulla¹¹ un fattore determinante negli accessi impropri è la variabile "Sesso". Infatti, gli studi mettono in luce come le donne siano più propense ad accessi non necessari in PS degli uomini, che invece sono più propensi ad accessi urgenti, ma che potrebbero essere prevedibili con appropriati screening.

Ultimo fattore che integra le cause di sovraffollamento è il fattore assicurativo¹¹⁻¹⁶. Nei sistemi sanitari a carattere assicurativo (non come quello italiano, a carattere assistenzialistico) si è notato come all'aumentare delle spese per l'assicurazione medica, ci sia un aumento delle prestazioni non urgenti in PS.

Nonostante questi accessi portino il paziente ad avere le soluzioni ricercate in tempi "rapidi" (si può attendere in PS anche 4 ore dal momento dell'accettazione¹⁵), sempre più frequentemente ci si trova di fronte a utenza scontenta che, nonostante le attenzioni ricevute, usa violenza, sia fisica che verbale¹⁵ nei confronti degli operatori sanitari (il 12 Marzo ricorre la giornata mondiale contro la violenza sugli Operatori Sanitari).

Questo porta il personale sanitario ad avere una visione tutt'altro che positiva dei codici "impropri" e del sovraffollamento in PS.

Sempre secondo Bagaglia & Polci⁸ l'operatore sanitario in un Ps sovraffollato è sottoposto a diversi fattori stressogeni, fattori che vanno a minare, a lungo andare, il suo operato assistenziale, diagnostico e terapeutico¹⁴.

Nello studio⁸ si sottolinea come questo comportamento da parte degli utenti venga visto come una criticità da parte degli operatori, criticità che porta l'operatore a frustrazioni, dispendi di energie e tempo di cura, fino ad arrivare all'incrinatura del rapporto col fruitore. L'operatore percepisce questi accessi come una mancanza di rispetto nei confronti sia del professionista che della professione, sia di chi ha realmente bisogno (come le patologie tempo-dipendenti). Ne consegue, talvolta, una visione viziata dei cosiddetti "furbetti" che accedono al PS per "saltare la fila" di attesa delle prestazioni, sfociando poi in atteggiamenti paternalistici e aggressivi nei confronti dell'utenza.

Queste condizioni provocano nell'operatore che le "subisce" un costante stato di distress, che lo porta a cali di attenzione e possibili errori e a conseguenze talvolta fatali; comunque, in generale, ad un abbassamento della qualità di cura dell'utente⁸⁻¹⁴ (alle volte eludendo le buone pratiche basate sull'EBN¹³), un allungamento dei tempi di presa in cura, diagnosi, trattamento e dimissione.

Per la gestione di questo problema la letteratura pone diverse soluzioni.

Bagaglia & Polcri⁸ propongono un tavolo di lavoro tra Medicina Territoriale e organi di gestione del PS, anche al fine di lanciare campagne informative sulle figure del MMG e di Continuità Assistenziale, per dare visibilità e valore a queste figure.

Importante, sempre secondo Bagaglia & Polcri⁸ è l'ascolto attivo del paziente al fine di non perdere passaggi importanti dello stato di salute dello stesso, per indirizzarlo meglio allo specialista competente, diminuendo così i tempi di attesa/stallo nelle sale di PS.

Uno studio molto recente¹³ suggerisce altre soluzioni come gli ambulatori o aree di assistenza per i codici minori o percorsi *Fast Track* e *See and Treat* infermieristici per la riduzione delle prese in cura.

Anche Radice and All¹⁵ caldeggiavano il modello *See and Treat*, sottolineando come in UK i tempi di attesa, per un codice minore, siano passati da 3-4 ore a 1-2 ore con una riduzione del 50% del tempo di attesa per essere presi in cura, e una soddisfazione generale per il modello stesso del 93%. Il *See and Treat* prevede una formazione per l'infermiere di almeno 350 ore di corso (in Italia è l'equivalente dell'infermiere con Master in Area Critica o con la laurea Magistrale).

Sperimentazioni italiane del *See and Treat* in Toscana hanno suscitato non poche reazioni e prese di posizioni da parte degli Ordini dei Medici. In particolare, è stato contestato che tale modello si allontanerebbe dalla "pratica clinico-assistenziale" infermieristica,

virando verso una pratica Infermieristico-Medica. Critiche senza fondamento, anche legislativo, secondo sia SIMEU.

Uno studio del 2018 condotto sul territorio italiano ¹⁷ fa notare come l'utilizzo di medici fuori orari "canonici" possa portare ad un beneficio a livello di accessi. Dei pazienti presi in esame solo l'8 % di questi è stato inviato in Pronto Soccorso, e il 90% di loro è stato ricoverato o messo in osservazione breve (solo il 10% è stato triagiato come codice minore). Questo a sostegno della tesi della valenza dei Medici territoriali.

Un'ulteriore soluzione è quella portata da un team dell'ospedale di Honk Hong ¹⁴ dove, oltre alla ovvia assunzione di maggior personale medico ed infermieristico, vengono redatti protocolli per aumentare la responsabilità e campo d'azione degli infermieri, accentuando la figura dell'infermiere prescrittore. Questo, nell'ottica di una cooperazione interdisciplinare, al fine di un trattamento più rapido e una dimissione del paziente in un tempo minore.

Per quanto riguarda gli "accessi impropri", è interessante sottolineare come non sia presente in letteratura una definizione omogenea ed univoca. I termini quali "accesso differibile, non urgente, non prioritario, codice bianco" vengono usati come sinonimi, limitando l'esplorazione dell'argomento e l'inquadramento concettuale e fenomenologico.

3.2 La ricerca sul campo

Per verificare la percezione del fenomeno degli "Accessi Impropri" abbiamo voluto intervistare Coordinatori, Dirigenti Medici e un Infermiere Esperto dei Pronto Soccorso dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana,

I quattro quesiti che hanno guidato l'intervista sono:

- 1- Cosa ne pensa degli accessi impropri?
- 2- È corretto, secondo lei, parlare di accessi impropri, o andrebbero utilizzate altre modalità di denominazione?
- 3- Quali sono a suo parere, le motivazioni che spingono un utente a riferirsi al pronto soccorso anche quando non c'è un reale bisogno?
- 4- Qual è il volume di questo fenomeno secondo la sua percezione?

3.2.1 Cosa ne pensa degli accessi impropri?

Le risposte fornite dai professionisti si dividono, sostanzialmente, in due approcci di pensiero diversi: il primo, è rappresentato da coloro i quali affermano l'esistenza del problema e la sua tangibilità quotidiana. All'interno di questa coorte, però, cambia l'identificazione della natura del problema, percepito da taluni come inevitabile e quasi "necessario" per l'utente.

Il secondo approccio, invece, si qualifica in professionisti che non pensano ci sia un problema di "inappropriatezza" dei codici, ma di "minor gravità" o "differibilità" degli stessi, dando anche l'accezione di obsoleto al termine "improprio", in quanto non correlabile alla normativa regionale vigente.

Si deve far notare che questa seconda filosofia di pensiero è caratteristica dei professionisti che afferiscono o provengono dal territorio nord dell'azienda Ulss 2 Marca Trevigiana.

3.2.2 È corretto secondo lei parlare di accessi impropri, o andrebbero utilizzate altre modalità di denominazione?

Anche in questo caso le opinioni si dividono in due tipologie.

La prima ritiene l'espressione "accesso improprio" corretta, ma pone l'attenzione su come non tutti i codici minori siano accessi impropri (come ad esempio chi necessita di apparecchi gessati per fratture o sutura dei tessuti), mettendo anche in luce il fatto che sia necessario trovare soluzioni per evitare tali ingressi.

La seconda tipologia, invece, in linea con il precedente quesito, si trova in disaccordo sulla denominazione, definendola errata, obsoleta, e "di moda" molto anni fa. Tali professionisti ritengono corretto utilizzare, piuttosto, 3 espressioni quali "codici Minori", "Accessi Differibili", "Accessi Non urgenti", facendo notare, inoltre, anche la normativa della Regione Veneto, in materia di Triage, usa questi 3 concetti per definire chi accede al PS con una situazione di salute non urgente.

Anche in questo caso, i professionisti del "secondo gruppo" rappresentano il territorio nord dell'Azienda.

3.2.3 Quali sono, a suo parere, le motivazioni che spingono un utente a riferirsi al PS anche dove non c'è un reale bisogno?

Le risposte a questa domanda, invece, si allineano quasi all'unisono, indicando nel fallimento del territorio la motivazione degli accessi non sostenuti da un reale bisogno.

Il concetto "fallimento del territorio" è inteso sia come scarsa fiducia del MMG e di Continuità Assistenziale (poca disponibilità oraria, mancata risposta al telefono o mancato ricontatto, pochi professionisti capaci e preparati, poca disponibilità relazionale del medico), sia come tempi di attesa dilatati, di alcune settimane o addirittura mesi, per accedere a visite specialistiche o prestazioni diagnostiche. Emblematica è anche la situazione delle strutture come le RSA (poche e con personale non sempre preparato e competente) che inviano gli anziani in PS per problemi facilmente risolvibili nella stessa struttura.

D'altra parte, l'ospedale viene visto come un "baluardo", un "faro di speranza" di risoluzione dei problemi di salute, spesso dopo vani "pellegrinaggi" di speranza sul territorio: il PS è percepito come un contesto di indiscussa qualità. Inoltre è un contesto sicuro, dove tutti possono essere accolti, dove si può trovare ascolto e rassicurazioni, oltre alla rapidità nei processi diagnostici.

Un altro dato degno di nota riferito è come un buon numero di utenti si rivolga al PS per paura o ansia derivate da un uso indiscriminato e senza filtri di internet e social network (Ma su Google ho letto che... Ma su Facebook c'era un post che diceva) che porta la persona al panico, che poi riversa sul PS con manifestazioni di aggressività, maleducazione, mancanza di pazienza ed intolleranza.

Spesso anche il senso di rimorso/di colpa del familiare nei confronti del proprio congiunto malato, porta ad una corsa all'ospedale, quasi come una sorta di accesso di espiazione da parte del caregiver.

Tra i fattori "umani" determinanti tali accessi, viene elencata l'identità culturale. Specialmente in zone a forte presenza migratoria, gli accessi "impropri" vengono effettuati da persone di nazionalità e razza diverse da quella autoctona, anche per problematiche potenzialmente risolvibili dal MMG che non è neppure conosciuto.

Tra tutte le risposte fornite, una è ancora degna di menzione, perché in contro corrente rispetto alle altre: ovvero come sia di fatto ingiudicabile la soggettiva percezione di

urgenza, e, quindi, illegittima la posizione di chi sostiene che tali accessi non dovrebbero esistere.

Inoltre, si evince che, per la risoluzione del problema del sovraffollamento in PS ci sia bisogno di “nuove sfide” per la professione infermieristica, fatte da Ambulatori infermieristici *See & Treat*, protocolli *Fast track* o, comunque, ad hoc.

3.2.4 Qual è il volume di questo fenomeno secondo la sua percezione

I dati percepiti, forniti dai professionisti, variano, in base al pronto soccorso preso in esame, dal 45% all'80%.

Alcuni professionisti forniscono la percentuale degli accessi impropri dei loro PS, che oscilla tra il 40% e il 60%.

Mentre gli accessi Minori (codici Bianchi e codici Verdi) si tarano all'incirca tra il 75% e l'80% .

CAPITOLO IV

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Discussione

Sintetizzando quanto emerge in letteratura, i principali fattori che determinano sovraffollamento possono essere classificati in:

- iperafflusso di pazienti determinato da scarsa recettività del territorio con aumento dell'inappropriatezza di accesso, che presenta caratteristiche di stagionalità;
- mutamento delle esigenze assistenziali della popolazione, condizionata da un'informazione non corretta veicolata dai mass media;
- inappropriata occupazione dei posti letto della degenza ordinaria con conseguente imbuto ricettivo tra PS e reparti, aggravata dalla scarsa presenza di strutture di lungodegenza e dalle conseguenze della medicina difensiva;
- difficoltà di adattare strutture ospedaliere e spazi a differenti esigenze normative;
- difficoltà organizzative, con depauperamento degli organici e allungamento delle tempistiche di risposta di cura.

Mettendo a confronto la letteratura analizzata con le interviste condotte, si può osservare come anche all'interno dell'Azienda della Marca trevigiana il problema del sovraffollamento sia reale e in continua evoluzione.

Anche nella realtà citata, la scarsa fiducia dei professionisti del territorio, si sostanzia come una irreperibilità degli stessi a fronte di un cittadino che cerca il contatto, anche telefonico, e che si rivolge al PS senza un antecedente consulto medico.

Inoltre, anche le lunghe attese di visite specialistiche e esami diagnostici possono venire bypassate con una visita in PS.

Secondo i cittadini, come emerge sia dalla letteratura che dalle interviste, il Pronto Soccorso è quella struttura che, per qualità delle cure, tecnologia diagnostica e rapidità di presa in carico è quella deputata alla migliore risoluzione dei problemi di salute, in un ambiente per di più rassicurante e confortante.

Questo fenomeno, però, descritto dal punto di osservazione dei sanitari, porta un livello di stress non indifferente che viene percepito come “mancanza di rispetto” per le patologie tempo-dipendenti che necessiterebbero di un investimento di risorse maggiore.

Le strategie di risoluzione della problematica possono essere classificate in 3 macroaree:

1. aumento delle risorse, inteso sia come unità di personale, che di compiti specifici come il *bed manager*;
2. gestione delle richieste, con progettazione di percorsi non urgenti o per tipologie assistenziali specifiche;
3. strategie operative: misure di controllo del sovraffollamento.

4.2 Conclusione

Il sovraffollamento è un problema che esiste l'opinione dei professionisti lo dimostra. Si è visto come la letteratura dettaglia i problemi legati alla scarsità di personale, gli usi non sempre propri del PS e i fattori condizionanti che, nel loro insieme, esasperano il fenomeno con situazioni estreme che arrivano alla luce delle cronache e dei riflettori.

Gli accessi impropri purtroppo, sono anche caratterizzati da un alone di indefinitezza che non facilita l'approccio culturale e di approfondimento concettuale necessari. In questa situazione sfumata, ruolo fondamentale viene giocato dalla figura dell'infermiere.

Il professionista infermiere è il primo filtro dell'utente in PS, qualunque sia la motivazione di accesso.

È compito dell'infermiere eseguire un triage efficace affinché il cittadino riceva le migliori cure del caso, facendosi carico anche di eventuali problemi che esso esterna durante la presa in cura.

I codici minori, che sono la stragrande maggioranza (80% circa nel 2019 nell'azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, sono fonte di stress negli infermieri, condizione che si trasforma in disattenzioni e rabbia portando ad un peggioramento dell'assistenza al paziente che rischia di veder peggiorato *l'outcome*.

Il potenziamento del personale di Pronto Soccorso, con la creazione di aree interamente dedicate ai codici minori, potrebbe alleviare la situazione di sovraffollamento.

Così come potrebbe alleviarlo la sfida professionale, sempre più attuale, della gestione infermieristica degli ambulatori See&Treat o del Fast track possono portare

giovamento a questa problematica, puntando sulla formazione e l'autonomia professionale.

A conclusione, quella dell'infermiere è sicuramente figura fondamentale nella messa in atto di sinergie organizzative e formative, che consentano la sperimentazione di modelli operativi finalizzati al miglioramento dell'offerta sanitaria in emergenza.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

- 1- [https://acem.org.au/media/policies_and_guidelines/P02 -
Standard Terminology 16.04.09.pdf](https://acem.org.au/media/policies_and_guidelines/P02_-_Standard_Terminology_16.04.09.pdf)
- 2- http://www.acem.org.au/media/Access_Block1.pdf
- 3- https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/Download.aspx?name=Dgr_1035_19_AllegatoA_401204.pdf&type=9&storico=False
- 4- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1934_allegato.pdf
- 5- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf
- 6- http://nursingup.toscana.it/resources/Norme/dpr_27_marzo_1992.pdf
- 7- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>
- 8- Bagaglia C, Polcri C. Il problema degli accessi “impropri” in pronto soccorso: un’indagine antropologica. Scenario,2017-34
- 9- Lupo R, De Mitri O, Merola D, Calabrò A, Landolfo M, Rango A, Maggio E. L’accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale. Italian Journal of Emergency Medicine. 03/2018-Ottobre <https://doi.org/10.23832/ITJEM.2018.032>
- 10- Bonetti M, Melani C. Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano. Epicentro Ben ISS. 2019 <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/aprile/accessi-impropri-ps-bolzano>
- 11- Williams CA, Haffizzulla F. Factors associated with avoidable emergency department visit in broward country, Florida. Coreus June 2021 doi:10.7759/cureus.15593
- 12- Dundar, C., Yaylaoglu, S.D. Non-emergent care visits in a turkish tertiary care emergency department after 2008 health policy changes: review and analysis. *Arch Public Health* **80**, 31 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00787-5>
- 13- Tapia A, Howard J, Bebo N, and More. A retrospective review of Emergency department visit that may be appropriate for management in non-emergency setting. *Military Medicine* 01-2022. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab553>

- 14- Chan S, Cheung NK, Graham C A, Rainer T. Strategy and solution to alleviate accesso block and overcrowding in emergency department. Hong Hong Medical Journal. 08/2015 DOI: 10.12809/hkmj144399
- 15- Radice, C., Radice, M., Doneda, R., & Bollini, G. (2013). “See and Treat” in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità professionale infermieristica. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, 66(3).
<http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/39>
- 16- Editore: Laskowski-Jones, Linda MS, APRN, ACNS-BC, CEN, FAV, FAAN È un'emergenza per loro, Assistenza infermieristica: Marzo 2016 - Volume 46 - Numero 3 - p 6 doi: 10.1097/01.NURSE.0000480606.68134.19
- 17- Posocco, A., Scapinello, MP, De Ronch, I. et al. Ruolo del servizio di assistenza primaria fuori orario nel limitare l'accesso inappropriato al pronto soccorso. *Stagista Emerg Med* 13, 549–555 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1679-8>
- 18- Chiaranda M. *Urgenze ed Emergenze, Istituzioni*. Piccin Nuova Libreria. 2017

Allegato 1- Tabella Sinottica Ricerca Bibliografica

<i>N°</i>	<i>Autore</i>	<i>Anno pubblica zione</i>	<i>Titolo dell'articolo</i>	<i>Campione/ setting</i>	<i>Conclusioni</i>
1	Lupo R., De Mitri O. Merola D. Calabrò A. Landolfo M Rango A Maggio E	2018	L'accesso improprio in Pronto Soccorso e analisi delle possibili cause: studio osservazionale	Studio Osservazione	Intervista rivolta a cittadini e cittadine tra i 18 e 70 mirata a captare la causa degli accessi impropri. Lo studio dimostra una mancanza di fiducia della popolazione sul medico di famiglia, guardia medica e sul territorio a scapito del Ps che invece, ritengono abbia strumenti e mezzi per risolvere i problemi di salute della cittadinanza.
2	Bonetti M Melani C	2019	Il ruolo degli accessi impropri in pronto soccorso nella provincia autonoma di Bolzano	Studio Osservazione	Aumento degli accessi non urgenti in Ps, che preferiscono accedere al Ps rispetto al MMG o MDCA, con conseguente aumento di tempo di attesa, spesa del SSN e rischio di Errori da parte del Personale Sanitario
3	Williams A. Haffizzulla A.	2021	Factors Associated With Avoidable Emergency Department Visits in	Studio Osservazione	Le variabili degli accessi non urgenti e prevenibili variano per razza, sesso ed età, condizioni assicurative. Viene inoltre messa in luce la scarsa "alfabetizzazione sanitaria" che gioca un ruolo importante negli accessi non urgenti.

			Broward County, Florida		
4	J. Dundar S. Dal Yaylaoglu	2022	Non-emergent care visits in a turkish tertiary care emergency department after 2008 health policy changes: review and analysis	Studio Retrospektivo	Aumento degli accessi e delle visite non emergenti negli ultimi 10 anni, specialmente donne tra i 18-44, interrogativo (da indagare) sulla scelta degli ambulatori ospedalieri rispetto a quelli locali
5	Ashley D Tapia, , Jeffrey T Howard, Natasha L Bebo, James A Pfaff, Eric J Chin, Wesley A Trueblood, Michael Aprile, Phil , Brit J Long, , Adrianna N Long, ,	2022	A Retrospective Review of Emergency Department Visits That May Be Appropriate for Management in Non-Emergency Settings	Studio retrospektivo	Su 75205 cartelle di pazienti studiate, il 56.7% poteva essere trattato con cure primarie e/o visite ed interventi in elezione. questo per facilitare il deaffollamento dei reparti di Emergenza

	William G. Fernandez, , Steven G Schauer,				
6	Stewart SW Chan, MSc.; NK Cheung, Colin A Graham, Timothy H Rainer	2015	Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments	Revisione sistematica	Una delle cause del sovraffollamento è un utilizzo inappropriato dei reparti di Urgenza ed emergenza per accedere alle cure non urgenti. Questo fenomeno varia tra il 6% e il 60% e questo porta ad un blocco degli accessi ai reparti di degenza. Vengono proposte soluzioni come l'inserimento di medici di cure primarie in PS, Personale infermieristico con competenze su percorsi fast track e see and treat, dimissione a domicilio dei non richiedenti ricovero.
7	Radice, C., Radice, M., Doneda, R., & Bollini, G	2013	"See and Treat" in Pronto Soccorso: aspetti legali e responsabilità Professionale infermieristica		Il Pronto Soccorso è oggi sempre più oberato da richieste di prestazioni improprie, senza alcun carattere di urgenza, con un notevole aumento dei tempi di attesa per la visita medica e con il rischio che non vengano tempestivamente erogate prestazioni sanitarie urgenti al paziente critico. L'introduzione di un percorso di "See and Treat" rappresenta una possibile strategia di risposta a queste esigenze. Nonostante questo articolo citi gli "Accessi impropri" o "l'improprio utilizzo di risorse" non da definizione di tali argomenti
8	Laskowski-Jones, Linda	2016	It's an emergency to them	Studio osservazionale	La parola "EMERGENZA" cambia da persona a persona. Ogniuno ha uno stato di salute che deve mantenere e il dipartimento di emergenza è fatto a posta per questo. H24 e 7/7 per tutti coloro che ne hanno bisogno
9	Posocco A; Scapinello M; De Ronch I; Castrogiova	2018	Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate	Studio Osservazionale	Lo studio andava a sondare l'efficacia dei medici fuori orario per la gestione dei pazienti prima dell'accesso al pronto soccorso. Su 408 casi selezionati e inviati in Ps dopo una valutazione dei "medici fuori orario" solo il 6.4%(26pz) è stato rimandato a casa, tutti i restanti pazienti sono stati ricoverati o inseriti in osservazione breve. il servizio

	nni F; Lollo G; Sergi G; Tomaselli I; Tonon L; Solmi M; Pescado, D; Battistu, E; Traversa S; Zambianco V; Veronese, N.		access to emergency department.		si medici fuori orario sembra svolgere un'efficace funzione di gate-keeping per gli accessi a PS. Un maggiore consenso in letteratura sulla definizione di un accesso appropriato al pronto soccorso e sul rinvio dalle cure primarie potrebbe aiutare a migliorare la valutazione della funzione del servizio dei medici fuori orario
10	Bagaglia C; Polcri C.	2017	The problem of the “inappropriate” accesses to the Accident and Emergency department: an anthropological research	Studio Osservazionale	<p>Sono analizzati in questo articolo le motivazioni che portano gli utenti in Pronto Soccorso , sia il punto di vista degli operatori che accolgono tali utente.</p> <p>dalla parte degli utenti emerge una sfiducia nel territorio (specialmente degli ospedali minori e della medicina generale), la paura dell'aumentare dei sintomi, le lunghe attese per prestazioni specialistiche, e vengono anche utilizzati come ultimo tentativo per cercare soluzioni al suo stato di salute, perché, sempre a percezioni, l'ospedale ha più mezzi e più specialisti per la risoluzione rapida e sprecisa del problema.</p> <p>dall'altra parte viene vista la visione del personale Sanitario che accoglie queste persone. Ed emerge che il personale lo percepisce come mancanza di rispetto per gli accessi con patologia tempo dipendente, altre volte emerge rabbia e frustrazione per questo uso non corretto del PS.</p>

Allegato 2. Griglia di Codifica delle interviste

GRIGLIA DI CODIFICA DELLE INTERVISTE

Numero	Genere	PS	Età	Status	Anzianità Nell'UO
1	Femmina	Castelfranco	47	Coordinatrice	3
2	Maschio	Castelfranco	60	Dirigente	4
3	Maschio	Conegliano	45	Coordinatore	5
4	Maschio*	Conegliano	57	Dirigente	15
5	Femmina	Montebelluna	44	Coordinatrice	5
6	Femmina	Oderzo	45	Coordinatrice	3
7	Maschio	Oderzo	65	Dirigente	11
8	Femmina	Treviso	45	Coordinatrice	4
9	Maschio	Treviso	41	Infermiere	12
10	Maschio*	Treviso	57	Dirigente	4
11	Maschio	Vittorio Veneto	42	Coordinatore	3
12	Femmina	Vittorio Veneto	43	Dirigente Facente Funzioni	2

domanda	intervistato	Testo risposta	Codifica aperta	Codifica focalizzata
1	1	<i>Sono un fenomeno che esiste e nel nostro territorio è in aumento.</i>	Fenomeno esistente e in aumento	
1	2	<i>Sono un problema che non dovrebbe esserci, ma purtroppo ci sono. Da triage una buona parte dei codici bianchi, dovrebbe essere gestita da altre parti.</i>	Esistente	
1	3	<i>Parlare di accessi impropri non mi trova d'accordo in quanto il SSN non può permettersi di dire che il problema di salute del cittadino</i>	Non concorde	
1	4*	<i>è un termine obsoleto, che non si usa più, anche perché la concezione dell'accesso negli ultimi anni è cambiata. È poi è un termine ingiusto*</i>	Termine Obsoleto	
1	5	<i>Sono una necessità dell'utente in quanto spesso all'esterno del Ps non ci sono altre spiagge percorribili dall'utente</i>	Necessita	
1	6	<i>è un fenomeno sempre più in aumento e difficile da monitorare e gestire all'intero di un PS, in quanto è un fenomeno estremamente imprevedibile, questo porta ad una non prevedibilità sugli accessi impropri giorno per giorno.</i>	Fenomeno esistente	
1	7	<i>è un fenomeno inevitabile, in costante aumento negli ultimi anni, di variabile intensità giornaliera</i>	Esistente ed inevitabile	
1	8	<i>non è giusto chiamarli così. Chi si rivolge a noi ha una personale esigenza di cure. Nessuno è improprio o inappropriato</i>	Non Corretto	
1	9	<i>Sono tantissimi i casi che potrebbero rientrare in questa categoria. Ma dobbiamo soffermarci a pensare del perché questo utente è arrivato da noi. Ci sono</i>	Esistente	

		<i>Accessi Impropri al 1000%, altri accessi, pur sempre minori che però sono propri in quanto non trovano risposta da altre parti.</i>		
1	10*	<i>è un termine obsoleto, che non si usa più, anche perché la concezione dell'accesso negli ultimi anni è cambiata. È poi è un termine ingiusto*</i>	Obsoleto	
1	11	<i>Non esiste la definizione di accesso improprio, il cittadino quando ha un problema di salute è il problema "più urgente" della sua vita e che deve essere risolto subito.</i>	Non concorde	
1	12	<i>Non esistono a mio parere, accessi impropri. Il pronto soccorso è a disposizione degli utenti, e spesso ci dimentichiamo come l'operatore sanitario è lì per essere a disposizione del paziente.</i>	Non concorde	
2	1	<i>La definizione è corretta ma va specificato che tutti i codici minori NON sono da considerarsi impropri</i>	Cod minori ≠ Impropri	
2	2	<i>Possiamo chiamarli così, ma vanno divisi da chi ha problemi che non sarebbero trattabili fuori (esempio punti/colla da sutura).</i>	Cod minori ≠ Impropri	
2	3	<i>la definizione "Accessi impropri" era molto in voga anni fa, ma è andata in disuso, tanto che nelle ultime DGRV si tende a parlare semplicemente di "codici minori" o "Accesso non urgente"</i>	Obsoleta Codici minori o non urgenti	
2	4*	<i>Accessi Differibili è il termine più corretto da usare per classificare questo fenomeno. *</i>	Differibili + corretto	

2	5	<i>Non credo sia un problema dare questa definizione, ma, per l'appunto il cercare le risorse per i problemi di salute fuori dal pronto soccorso.</i>	Ricerca di risorse per evitare ciò	
2	6	<i>Non credo che esista una parola diversa per questo fenomeno, forse improprio è la parola corretta, in quanto sono accessi che, per mancanza di conoscenza dell'utenza sul reale uso del PS, andrebbero trattati in altri modi.</i>	Definizione corretta Mancanza di conoscenza del reale uso ps	
2	7	<i>La denominazione "accesso improprio è corretta" ma non è accettabile identificare tutti i codici bianchi (e questo succede spesso) come codici inappropriati. Come è ingiusto far sì che l'utente percepisca l'applicazione del ticket come sinonimo di inappropriatezza</i>	Cod minori ≠ Impropri	
2	8	<i>definizione più errata non può esistere. Penso che definirli "codici Minori" o "codici Differibili" sia la soluzione corretta</i>	Errata minori o differibili	
2	9	<i>La denominazione, come detto sopra è giusta per una parte dei casi. Altri casi sono accessi minori. Dobbiamo sempre guardare il paziente prima e poi vedere se l'accesso è appropriato o meno. Addirittura, ci sono casi che diventano propri dopo che l'utente è passato dal MMG o MDCA che hanno fatto dei danni.</i>	Cod minori ≠ Impropri	
2	10*	<i>Accessi Differibili è il termine più corretto da usare per classificare questo fenomeno.</i>	differibili	
2	11	<i>Problemi o Accessi Minori</i>	minori	
2	12	<i>Sarebbe più corretto denominare questi accessi come "accessi differibili"</i>	differibili	
3	1	<i>La scarsa disponibilità del medico di base, non disponibile h24 al giorno e la scarsa risposta del medico</i>	Scarsa Disponibilità	

		<i>di Continuità Assistenziale , la rapidità con cui, nonostante l'esborso del ticket a volte esoso, abbia la risposta ad un quesito diagnostico senza fare la fila o aspettare giorni prima di ricevere risposta dal cup o attendere anche mesi prima dell'esame. Racchiudendo in generale un fallimento del territorio sia a livello di tempistiche di attesa che di accessibilità alle cure del Medico di Medicina Generale e/o medico di Continuità assistenziale</i>	Fallimento territoriale	
3	2	<i>Nonostante il sistema sanitario territoriale sia tenuto in piedi da alcuni professionisti molto bravi, una buona parte non è disponibile, rintracciabile oppure non ha tempo di seguire il paziente, alle volte anche con orari poco consoni. in più in Ps i pazienti trovano una qualità che altrove non trovano, anche per le prestazioni specialistiche. E molti a titolo gratuito in quanto sono esenti dal Ticket. Direi che il fallimento non è solo del medico di base ma anche del territorio come poliambulatori ed ospedali di zona con lunghe liste di attesa per visite specialistiche e controlli.</i>	Pochi Professionisti Capaci	
3	3	<i>Sicuramente un "fallimento" del territorio, inteso sia come medicina generale e di continuità assistenziale, ma anche delle RSA e comunità alloggio (che non riescono a rispondere seppur con infermieri e medici propri, alle esigenze degli utenti/residenti) e in sé della struttura ospedaliera, non capace di dare risposte certe ed in tempi rapidi ai cittadini. Ma anche la mancanza di specialisti negli ospedali spoke, che portano l'utente al pronto soccorso per aver la risposta che cercava.</i>	Scarse abilità del personale territoriale	

3	4*	<i>Non possiamo giudicare cosa per altri è urgenza ed emergenza. Noi siamo in questo luogo per curare chiunque entri, dal codice bianco al codice rosso. Nessun accesso è inappropriato. E su questo il territorio non aiuta, non offrendo la rete capillare dei servizi che sempre più l'utente richiede e del quale necessita*</i>	Ingiudicabilità dell'emergenza Servizi Inefficienti	
3	5	<i>Perché come detto sopra non trova risposte nel territorio. E anche perché qui le risposte vengono date. Quasi il pronto soccorso fosse un "faro nella notte" (e aggiungerei anche di giorno ultimamente). In ps trovano sempre qualcuno che li prenda in carico e in cura, dando loro, appunto quelle risposte che non sono state date nel territorio.</i>	"speranza" nella risoluzione di un problema	
3	6	<i>Sicuramente, come già detto sopra, una mancanza di conoscenza del ruolo del Pronto Soccorso all'interno del quadro sanitario. Una negligenza, probabilmente data da una mancanza di educazione civica, sull'Emergenza e Urgenza che caratterizzano il pronto soccorso. La mancanza di pazienza dell'utenza, in quanto non appena ci sia "un problema" (anche se presente da settimane o mesi) deve essere risolto immediatamente, quindi rivolgendosi al pronto soccorso e non seguendo l'iter del medico di medicina generale/Medico di Continuità Assistenziale. Altri utenti invece accedono al pronto soccorso in quanto, nonostante plurimi tentativi di contattare lo specialista di riferimento (MMG o MCA) non vengono richiamati/visitati e quindi si presentano in PS con la sintomatologia aumentata (nonostante molte</i>	Mancanza di educazione civica Pazienza	

		<i>volte la sintomatologia sia presente da diversi giorni, se non addirittura (Settimane)</i>		
3	7	<i>Ultimamente si è visto un aumento degli accessi per velocizzare l'accesso a visite e consulti specialistici, quasi come una maniera comoda per saltare le liste di attesa. Altro fenomeno è la mancanza di comunicazione col medico di base (scarsità di orari e "triage" della segreteria) e, se non soddisfatto subito, va nella struttura aperta h24 7 giorni su 7. Non possiamo dare completamente colpa ai Medici di medicina generale in quanto loro stessi sono stati invitati a dilazionare le visite ai propri pazienti. E se la popolazione non trova risposte, per l'appunto, si rivolge a centri sempre aperti e dove non c'è la possibilità di rifiutare nessun paziente che si presenta in Pronto Soccorso.</i>	Rapidità per visite specialistiche Comodità Apertura H24	
3	8	<i>Probabilmente il Bisogno non c'è secondo la nostra opinione, mentre per l'utente c'è eccome. Per questo si rivolgono a noi. Perché il quel momento devono trovare una soluzione al problema che li affligge e , probabilmente, il territorio non riesce a soddisfare queste esigenze. Per fallimento del territorio non intendo solo Medico di Medicina Generale o di Continuità Assistenziale, ma anche la scarsa disponibilità del territorio a erogare prestazioni o consulenze. Dall'altra parte però potremmo ridurre il sovraffollamento, specie a Treviso, con l'aumento di Fast-Track, see and treat, ambulatori infermieristici e "dinamicità" infermieristica che porterebbe un</i>	Insoddisfazione a livello territoriale Esigenza di nuove sfide professionali	

		<i>giovamento a livello di tempistiche di presa in carico e di dimissione</i>		
3	9	<p><i>La mancanza di risposte del territorio è una delle cause più frequenti di accessi impropri, assieme alla decantata nulla fiducia del medico di base o della guardia medica da parte dell'utente. Spesso non vengono ricevuti dalla prima linea di cure (appunto MMG p MDCA) e si spazientiscono cercando risposte altrove. In più il dilagare dell'ANSIA, specialmente nel PS pediatrico, dato da abuso errato dei social e di gruppi non proprio scientifici. O il SENSO DI COLPA di alcuni figli/nipoti che vedono i loro anziani solo nel weekend e li portano in PS per non perderli, quasi come il pronto soccorso fosse uno strumento per espiare questo senso di colpa.</i></p> <p><i>In più anche la "velocità" con cui il pronto soccorso ti indirizza direttamente allo specialista senza passare per la trafila burocratica che la sanità impone. Spesso ci dicono "non ho tempo di andare dal medico di base" oppure "per una tac ci vogliono tot giorni" venendo qua la fanno subito o in un tempo di attesa ridotto (molto minore dei giorni della prenotazione) in più hanno imparato che con determinate parole, vengono visti subito.</i></p> <p><i>E anche con dell'egoismo pensano che se arrivano in ambulanza l'iter si faccia ancora più veloce. Anche se di fatto non è così.</i></p>	<p>Senso di Ansia e di colpa dell'utenza</p> <p>Egoismo dell'utenza</p>	
3	10*	<i>Non possiamo giudicare cosa per altri è urgenza ed emergenza. Noi siamo in questo luogo per curare chiunque entri, dal codice bianco al codice rosso.</i>	Ingiudicabilità dell'emergenza	

		<i>Nessun accesso è inappropriato. E su questo il territorio non aiuta, non offrendo la rete capillare dei servizi che sempre più l'utente richiede e del quale necessita*</i>	Servizi Inefficienti	
3	11	<i>Il reale bisogno è soggettivo, l'utente può percepirlo come il più grande problema della sua vita e che deve essere risolto. In più il sentimento PAURA, che fa da volano alla presa di decisioni che si ritiene giuste in quel momento. Paura scatenata e derivata, oltre alla mancata o errata comunicazione medico-utente, ma specialmente dall'abuso di social media, internet fai da te (dottor Google) e l'influenza che i media hanno sulla mente del cittadino. Ultimo ma non meno importante, la mancanza di risposte che il cittadino cerca nel territorio ma, non trovandole, si rivolge a servizi che garantiscono una risposta a quel problema di salute</i>	Sensazione di Paura dell'utenza Abuso di strumenti informatici senza discernimento	
3	12	<i>Sicuramente la mancanza di risposte da altre parti, e non solo il medico di medicina generale o di continuità assistenziale, ma anche da parte del territorio e dell'accesso alle prestazioni specialistiche. L'iter burocratico dell'accesso alle prestazioni specialistiche e del territorio spinge l'utente a rivolgersi ad un posto che sa essere aperto h24 7/7, e che una risposta la dà sempre</i>	Mancanza di risposte del territorio Troppa lentezza e burocrazia Apertura h24	
4	1	<i>Non sono in grado attualmente, di darle una risposta anche solo di percezione.</i>	Impossibilitata a rispondere	
4	2	<i>Ci aggiriamo attorno al 50%-60% degli accessi totali del nostro PS</i>		
4	3	<i>Conegliano registra circa il 70%-75% di codici minori Bianco-Verdi.</i>		

4	4*	<i>parliamo di circa il 70-75% degli accessi*</i>		
4	5	<i>Purtroppo, non avendo i dati sottomano e non facendo ambulatorio, non riesco a darle una stima. Nemmeno se parliamo di percezione mia.</i>	Impossibilitata a rispondere	
4	6	<i>Seconda la mia percezione circa il 60% sono accessi impropri, almeno per quanto riguarda il pronto soccorso di Oderzo. Dopo ovviamente dipende dalle giornate, ma la media è quella. Purtroppo, non ho dati più aggiornati da darle.</i>		
4	7	<i>Circa 10 anni fa avevamo condotto un'indagine che risultava circa 18.-20% degli ingressi, mentre ora a percezione le direi almeno un 45%-55% degli accessi, dipende dalle giornate.</i>		
4	8	<i>il 70% circa sono accessi minori (cod.verdi e bianchi). È la media di tutta la nostra azienda circa</i>		
4	9	<i>Siamo su circa 75% di codici minori sul totale accessi e sul 40%-45% sul totale accessi di accessi impropri</i>		
4	10*	<i>parliamo di circa il 70-75% degli accessi*</i>		
4	11	<i>70%-75% dei nostri accessi sono "Problemi minori"</i>		
4	12	<i>tra il 75% e 80% dell'utenza che si rivolge al pronto soccorso. Spesso ci si rivolgono per ricevere risposte che non sono state date dal territorio, saltando completamente l'iter previsto</i>		